A. V. Tsarenko

INTERNATIONAL STRATEGIES, APPROACHES AND STANDARDS OF ORGANISING OF A PALLIATIVE AND HOSPICE CARE SYSTEM

Keywords: Palliative and Hospice Care System; strategies, approaches and standards of palliative and hospice care; multidisciplinary and intersectoral approach; palliative care patients; health and social care; palliative care patients' quality of life.

This article analyzes the main international documents, strategies, approaches and standards of organizing of a palliative and hospice care (PHC) System. Identify opportunities for their implementation in Ukraine in order to create a modern accessible and effective PHC System. The PHC System using a multidisciplinary and intersectoral approach can adequately respond to the needs of palliative patients and their families that contributes to an adequate quality of life. This defines a great medical and social, economic and humanitarian significance of this innovative area of Health and Social Care System. All specialized PHC services must be provided by qualified and motivated staff, effective analgesics, modern equipment for professional care. Health and social specialists, psychologists and volunteers who have received special training should involve to PHC providing.

a

УДК 616.232-002.2:616.36-003:615.322.61

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ БРОНХИПРЕТУ НА РІВЕНЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ В ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

- [1] **Р. В. Разумний, д. мед. н., доц. каф. внутр. мед. з профпатол.**
  [2] **Т. П. Гарник, д. мед. н., зав. каф. фітотер., гомеоп. та біоенергоінформ. мед.**
- [1] ***ДЗ «Луганський державний медичний університет»***
  [2] ***ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»***

У наших попередніх дослідженнях було встановлено, що у хворих на негоспітальну пневмонію (НП), що перебігала сполучено зі стеатозом печінки (СП) у періоді реконвалесценції дуже часто та досить тривало зберігаються залишкові явища з боку органів дихання у вигляді бронхіту, а також симптоми післяінфекційної астенії, які в патогенетичному плані супроводжуються порушеннями імунного статусу організму [7, 8]. Зокрема, при проведенні загальноприйнятої терапії НП [6, 16, 18], у хворих з цією коморбідною патологією, незважаючи на деяку позитивну динаміку, на момент завершення лікування зберігається підвищеним вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в сироватці крові (СК) з превалювання найбільш токсигенних середньомолекулярних (11^-1^) та дрібномолекулярних (<1^) фракцій імунних комплексів (ІК) [9]. Безумовно, збереження підвищеного рівня ЦІК в СК та дисбалансу їх молекулярних фракцій у хворих на НП, сполучену зі СП після проведення загальноприйнятої терапії, можна вважати негативним у патогенетичному відношенні, та в той же час це зумовлює необхідність подальшого дослідження особливостей імунопатогенезу цієї коморбідної патології та розробки ефективних способів імунокорекції.

У теперішній час значну увагу в лікуванні та особливо медичній реабілітації (МР) хворих з тривалою та хронічною патологією внутрішніх органів, зокрема бронхолегеневої системи, надають використанню фітотерапевтичних засобів, які мають багатофакторність фармакологічної дії та практично не викликають ускладнень або небажаних побічних ефектів [1, 11]. У цьому плані нашу увагу привернув бронхипрет (Bronchipret) - сучасний комбінований засіб рослинного походження, що відноситься до фармакотерапевтичної групи засобів, що застосовують при кашлі та застудних захворюваннях [3]. Лікарські рослини, які входять до складу фітопрепарату бронхипрету, володіють чітко вираженою протизапальною, спазмолітичною активністю, сприяють відхаркуванню мокротиння, надають дезинфікуючу дію на слизову оболонку дихальних шляхів, покращують процеси репаративної регенерації [12]. У низці робіт була патогенетично обґрунтована доцільність використання бронхипрету у випадках, коли після перенесеної респіраторної інфекції поряд зі збереженням кашлю, сухих хрипів у легенях та інших ознак ураження бронхолегеневої системи у хворих мають місце ознаки імунодефіцитного стану та післяінфекціїної астенії [1, 2]. Виходячи з цих даних, ми вважали доцільним провести дослідження щодо можливого позитивного впливу бронхипрету на рівень ЦІК та їх молекулярний склад у хворих на НП, сполучену зі СП в періоді МР.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» та є фрагментом тем НДР «Ефективність фітопрепаратів та засобів рослинного

© Р. В. Разумний, Т. П. Гарник

походження в лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологією системи травлення та вторинними імунодефіцитними станами» (№ держреєстрації 0108U009463) та «Клініко-патогенетична характеристика, лікування та медична реабілітація хворих на негоспітальну пневмонію, сполучену із хронічною патологією гепатобіліарної системи невірусного ґенезу» (№ держреєстрації 0108U010526).

Метою роботи було вивчення ефективності застосування сучасного комбінованого фітозасобу бронхипрету у комплексі МР хворих на НП, сполучену зі СП.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням 141 хворих, що перехворіли на НП, сполучену зі СП. Серед обстежених чоловіків було - 89 (63,1 %), жінок - 52 (36,9 %). Перебіг НП середньої тяжкості був зареєстрований у 95 пацієнтів (67,4 %), тяжкий - у 46 хворих (32,6 %). Діагноз НП встановлювали згідно вимогам діючих в Україні стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів дихання [6], СП - згідно існуючим рекомендаціям [5, 10, 17], при цьому обов'язково виключали наявність у хворих ураження печінки вірусами гепатитів В, С та Д за даними обстеження на наявність у крові маркерів цих гепатитів. Для вивчення ефективності різних схем реабілітаційних заходів, обстежених хворих було розподілено на дві групи: І (81 особа), що в комплексі МР отримувала гепатопротекторні засоби рослинного походження (карсіл, гепабене) у комбінації з фітозасобом бронхипретом та ІІ групу (60 осіб), в якій проводилися реабілітаційні заходи лише за допомогою загальноприйнятих засобів, але не отримувала бронхипрет [5, 10]. Бронхипрет призначали по 50-60 крапель 3 рази на день протягом першого тижня МР, потім по 25-30 крапель 3 рази на день ще 2-3 тижня, в залежності від досягнутого ефекту.

Дослідження проводилися у періоді диспансерного нагляду, а саме - в день виписки хворих із спеціалізованого пульмонологічного стаціонару та повторно через 25-30 днів, на момент завершення прийому бронхіпрету. Для реалізації мети дослідження поряд із загальноприйнятим обстеженням всім хворим, здійснювали дослідження концентрації ЦІК у СК, які визначали методом преципітації в розчині поліетиленгліколя (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [15]. Молекулярний склад ЦІК з виділенням фракцій велико- (>19S), середньо- (11S-19S) та дрібномолекулярних (<11S) ІК визначали шляхом диференційованої преципітації у 2,0 %, 3,5% та 6,0 % розчинах ПЕГ [13]. Враховували, що за рівнем ЦІК, особливо найбільш патогенних (середньомолекулярної та дрібномолекулярної) їх фракцій, можна судити про вираження синдрому імунотоксикозу [14]. Результати дослідження були зіставлені з концентрацією ЦІК СК при обстеженні 25 практично здорових осіб, тотожних за віком і статтю.

Статистичну обробку отриманого в ході дослідження цифрового матеріалу здійснювали на персональному комп'ютері Intel Celeron® Dual-Core T3000 1.8 GHz за допомогою одно- та багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Windows professionalxp, Microsoft Office 2003, Stadia 6.1/prof та Statist^ 5.5). При цьому обов'язково враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [4].

Результати дослідження та їх обговорення

При клінічному обстеженні хворих обох груп до початку МР було встановлено, що у більшості пацієнтів зберігалися скарги, які були наслідком подовженого перебігу запального процесу в бронхолегеневій системі та помірного загострення або неповної ремісії супутнього хронічного патологічного процесу у печінці. Так, неінтенсивний непродуктивний кашель, який виникав переважно вранці та після помірного фізичного навантаження спостерігався у 58 осіб (71,6 %) І групи та 44 пацієнтів (73,3 %) ІІ групи, на виділення помірної кількості слизового мокротиння при кашлі вказували відповідно 23 хворих (28,4 %) та 16 обстежених (26,7 %). Відчуття дискомфорту в грудній клітці при глибокому вдиху на боці перенесеного раніше запального процесу у легеневій тканині у І групі зберігалося у 26 осіб (32,1 %), в ІІ групі - в 18 обстежених (30 %) і було обумовлено переважно залишковими явищами адгезивного плевриту, який був виходом ексудативного плевриту, що мав місце в гострому періоді НП. На наявність незначної задишки змішаного характеру при помірному фізичному навантаженні в І групі вказували 59 осіб (72,8 %), в ІІ групі - 42 пацієнти (70 %). Скарги на загальну слабкість, нездужання після перенесеної НП реєструвалися у 54 осіб І групи (66,7%) та 38 обстежених ІІ групи (63,3 %), зниження працездатності - у 26 пацієнтів (32,1 %) та 18 хворих (30 %) відповідно.

При об'єктивному обстежені пацієнтів І групи обмеження рухливості легеневого краю на боці перенесеної НП було констатовано у 14 хворих (17,3 %), в ІІ групі - у 9 пацієнтів (15 %). При аускультації легень у переважної більшості обстежених на боці перенесеного запального процесу легеневої тканини вислуховувалося жорстке дихання: у 74 пацієнтів (91,4 %) І групи та 53 хворого (88,3 %) в ІІ групі. Наявність поодиноких сухих хрипів на боці ураження легеневої тканини було виявлено у 39 хворих І групи (48,1 %) та 28 пацієнтів ІІ групи (46,7 %). У поодиноких випадках у хворих, у яких виходом ексудативного плевриту був адгезивний плеврит, вислуховувався шум тертя плеври: у 9 хворих І групи (11,1 %) та 6 пацієнтів ІІ групи (10 %).

За даними рентгенологічного дослідження органів грудної клітки, що було проведено під час виписки хворих із пульмонологічного відділення, у 48 пацієнтів І групи (59,3 %) та у 34 хворих (56,7 %) ІІ групи на рентгенограмі легень виявлялося локальне збільшення та збагачення легеневого рисунку у частці легені, де раніше локалізувався запальний процес, а також ущільнення, тяжистість та нечіткість зовнішніх контурів кореня легені на боці перенесеної НП; ознаки адгезивного плевриту у вигляді локальної деформації куполу діафрагми за рахунок

плевральних нашарувань у зовнішньому та/або задньому косто-діафрагмальному зовнішньому синусах зберігалися відповідно у 9 осіб (11,1 %) та 6 обстежених (10 %).

Клінічні ознаки незавершеності помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу у печінці такі, як відчуття гіркоти у роті, виявлялися у 51 хворого I групи (63 %) та 36 пацієнтів II групи (60 %), тяжкість в правому підребер'ї виявлялися відповідно у 43 хворих (53,1 %) та 30 пацієнтів (50 %), субіктеричність склер - у 38 хворих (46,9 %) та 29 пацієнтів (48,3 %), блакитність склер (позитивна ознака Високовича) - у 25 осіб (30,9 %) та 19 пацієнтів (31,7 %), обкладеність язика білим, брудним сірим або жовтуватим нальотом - у 74 хворих (91,4 %) та 54 осіб (90 %), чутливість печінкового краю при пальпації - у 42 пацієнтів (51,9 %) I групи та 30 осіб II групи (50 %).

При вивченні біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки, встановлено, що у 34 хворих I групи (42 %) та 24 пацієнтів II групи (40 %) в цей період дослідження відмічався помірно підвищений рівень загального білірубіну в межах 21,5-26,6 мкмоль/л, вміст фракції прямого білірубіну був збільшений в межах 4,9-9,8 мкмоль/л у 42 (51,9 %) та 28 обстежених (46,7 %) відповідно, підвищення активності АлАТ в межах 0,8-1,9 ммоль/год-л мало місце у 36 (44,4 %) та 25 пацієнтів (41,7 %), та АсАТ в межах 0,6-1,4 ммоль/год-л - у 30 (37 %) та 22 обстежених (36,7 %), збільшення показника тимолової проби в межах 6,0-8,2 од. встановлено у 26 хворих I групи (32,1 %) та 18 пацієнтів II групи (30 %). Отже, у частини обстежених хворих у періоді диспансерного нагляду зберігалися ознаки помірного загострення хронічного патологічного процесу у печінці.

При вивченні рівня ЦІК СК було встановлено, що до початку МР, в обох групах мали місце однотипові зсуви як концентрації ЦІК так і їх молекулярного складу (табл. 1). Так, концентрація ЦІК в біологічному субстраті що вивчався, до початку МР була вище відносно норми у хворих I групи в 1,54 рази (P < 0,01), в II групі в 1,47 рази (P < 0,01). Аналіз фракційного складу ЦІК у цей період дослідження свідчив про зменшення в СК відносного вмісту великомолекулярних (>19S) ІК. У порівнянні з групою практично здорових осіб, у хворих I групи концентрація великомолекулярних (>19S) ІК в СК зменшувалася, в середньому в 1,31 рази (P < 0,05), в II групі в 1,35 рази (P < 0,05). Абсолютний вміст цієї фракції ІК, у більшості хворих обох груп до початку МР відповідав верхній межі норми.

Дослідження середньомолекулярних (11S-19S) ІК свідчило, що до початку МР, у хворих обох груп спостерігалося підвищення в СК як відносного, так і абсолютного їх вмісту. Так відносна кількість середньомолекулярних ІК в I групі, у порівнянні з групою практично здорових осіб, збільшувалася, в середньому в 1,19 рази (P < 0,05), в II групі - в 1,2 рази (P < 0,05). Абсолютний вміст цієї фракції ІК підвищувався у хворих I групи, в середньому в 1,84 рази (P < 0,01), в II групі - в 1,77 рази (P < 0,01). Міжгрупових відмінностей цих показників в I та II групі так саме не констатовано.

Вміст дрібномолекулярних (<1^) ІК в СК у хворих обох груп, до початку МР, так само достовірно збільшувався. Так, у хворих I групи концентрація дрібномолекулярних (<1^) ІК була підвищена відносно норми в середньому в 1,19 рази (P < 0,05), в II групі- в 1,22 рази (P < 0,05). Щодо абсолютного вмісту дрібномолекулярних (<1^) ІК, то рівень цієї фракції ІК в СК перевищував аналогічний показник у практично здорових осіб у хворих I групи в середньому в 1,83 рази (P < 0,01), в II групі - в 1,79 рази (P < 0,01). Отже, у пацієнтів після перенесеної НП, сполученої зі СП до початку МР зберігався підвищеним вміст ЦІК в СК з превалюванням найбільш токсигенних середньо- (1 ^ - ^) та дрібномолекулярних (<1^) фракцій ІК.

Таблиця 1

Концентрація ЦІК та їх молекулярний склад у хворих на НП, сполучену зі СП, до початку медичної реабілітації (M ± т)

Імунологічні показники		Норма	Групи хворих		P_2
			I (п = 81)	II (п = 60)	
ЦІК	(г/л)	1,88 ± 0,09	2,89 ± 0,13 P_1 < 0,01	2,76 ± 0,21 P_1 < 0,01	> 0,05
(>198)	(%)	44,5 ± 2,3	33,91 ± 2,10 P_1 < 0,05	32,97 ± 2,34 P_1 < 0,05	> 0,05
	(г/л)	0,84 ± 0,04	0,98 ± 0,07 P_1 > 0,05	0,91 ± 0,09 P_1 > 0,05	> 0,05
(Ш - Ш)	(%)	30,5 ± 2,0	36,33 ± 1,75 P_1 < 0,05	36,59 ± 2,04 P_1 < 0,05	> 0,05
	(г/л)	0,57 ± 0,04	1,05 ± 0,07 P_1 < 0,01	1,01 ± 0,09 P_1 < 0,01	> 0,05
(<Ш)	(%)	25,0 ± 1,6	29,76 ± 1,63 P_1 < 0,05	30,43 ± 1,81 P_1 < 0,05	> 0,05
	(г/л)	0,47 ± 0,03	0,86 ± 0,05 P_1 < 0,01	0,84 ± 0,07 P_1 < 0,01	> 0,05

Примітка: у табл. 1 та 3 Р - відображає вірогідність розбіжностей кожного показника відносно норми; P_2 - вірогідність різниці між відповідними показниками у хворих I та II групи.

Клінічне обстеження, яке було проведено через 3-4 тижні після початку МР, тобто на момент завершення прийому бронхипрету пацієнтами І групи, дозволило встановити суттєве покращання стану здоров'я та практично повну ліквідацію залишкових проявів бронхіту після перенесеної НП у більшості хворих саме І групи. Так, після завершення прийому бронхипрету скарги на непродуктивний неінтенсивний кашель зберігалися лише у 6 пацієнтів І групи (7,4 %), відчуття дискомфорту в грудній клітці при глибокому диханні та/або кашлю - у 2 осіб (2,5 %), на задишку при помірному фізичному навантаженні вказували 10 пацієнтів (12,4 %) (табл. 2). Скарги на загальну слабкість, нездужання після перенесеної НП в цей період дослідження виявлялися у 11 осіб І групи (13,6 %).

При фізикальному обстежені пацієнтів І групи обмеження рухливості нижнього краю легень виявлялося у 2 осіб (2,5 %), шум тертя плеври на боці ураження легеневої тканини у 5 обстежених (6,2 %), жорстке дихання - у 11 пацієнтів (13,6 %). При цьому кратність зниження частоти виявлення кашлю за період МР в обстежених хворих І групи склала 13,5 рази (Р < 0,001), відчуття дискомфорту в грудній клітці - 12,8 рази (Р < 0,001), задишки - 5,9 рази (Р < 0,001), обмеження рухливості нижнього краю легень - 6,9 рази, жорсткого дихання - 6,7 рази (Р < 0,001).

Частота збереження у хворих ІІ групи непродуктивного кашлю була в середньому в 4,1 рази частіше, ніж в І групі (Р < 0,01), відчуття дискомфорту в грудній клітці - в 6,7 рази (Р < 0,01), задишки - в 2,6 рази частіше (Р < 0,05). Загальна слабкість, нездужання, почуття неповного одужання після перенесеної НП в цей період дослідження в ІІ групі у порівнянні із обстеженими І групи було в 2,7 рази частіше (Р < 0,05). Частота збереження у хворих ІІ групи жорсткого дихання була в середньому в 3,2 рази частіше, ніж у І групі (Р < 0,01).

Рентгенологічне дослідження грудної клітки, що було проведено після завершення МР, у 7 пацієнтів І групи (8,6 %), виявляло локальне збільшення та збагачення легеневого рисунка у частці легені, де раніше локалізувався запальний процес, а також ущільнення, тяжистість та нечіткість зовнішніх контурів кореня легені на боці перенесеної НП. У ІІ групі аналогічні рентгенологічні симптоми були констатовані в 3,1 рази частіше (Р < 0,01), ніж у досліджених І групи. Частота виявлення ознак адгезивного плевриту у пацієнтів обох груп, відносно початкових даних практично не змінювалася.

Помірно виражені ознаки хронічного ураження печінки у вигляді тяжкості або тупого болю у правому підребер'ї після завершення МР в І групі виявлялися лише у 24 пацієнтів (29,6 %), в ІІ групі - у 20 хворих (33,3 %), здуття живота - у 2 осіб (2,5 %) та 5 досліджених (8,3 %) відповідно, відчуття гіркоти у роті спостерігалося у 14 пацієнтів І групи (17,3 %) та 22 хворих ІІ групи (36,7 %). Проведення повторного біохімічного обстеження дозволило встановити, що в І групі у переважної більшості обстежених повністю нормалізувався вміст загального білірубіну в СК, який становив 18,2 ± 0,3 мкмоль/л, і лише у 4 хворих (4,9 %) із збереженням клінічних проявів бронхіту відмічалися помірно підвищені показники, що характеризують функціональний стан печінки. У ІІ групі підвищення вмісту прямого білірубіну зберігалося у 12 осіб (20 %), активність АлАТ - у 13 хворих (21,7 %), АсАТ - у 11 обстежених (18,3 %), показника тимолової проби - у 9 хворих (15 %), що свідчило про збереження у даних пацієнтів помірно вираженого загострення СП. У клінічному плані у цих осіб зберігалася симптоматика бронхіту після перенесеної НП.

Отже застосування бронхипрету з метою МР пацієнтів, які перехворіли на НП, сполучену зі СП, забезпечує ліквідацію бронхіту після перенесеної НП у 86,4 % випадків від загального числа пацієнтів з наявністю даного патологічного стану. У хворих ІІ групи, ліквідація симптомів бронхіту відмічена у 56,7 % обстежених пацієнтів. Збереження респіраторних симптомів бронхіту після перенесеної НП,

Таблиця 2

Суб'єктивні симптоми з боку органів дихання у пацієнтів, що перехворіли на НП, сполучену зі СП, після завершення медичної реабілітації (абс. та %)

Клінічна симптоматика	Групи хворих						Р
	І (п = 81)			ІІ (п = 60)			
	абс.	%	Д, %	абс.	%	Д, %	
Кашель:	6	7,4	0,7	18	30,0	2,5	< 0,01
непродуктивний	6	7,4	0,7	18	30,0	2,5	< 0,01
малопродуктивний	-	-	-	-	-	-	-
Дискомфорт у грудній клітці	2	2,5	0,5	10	16,7	1,8	< 0,01
Задишка	10	12,4	1,6	19	31,7	2,8	< 0,05
Обмеження рухливості грудної клітки	2	2,5	0,5	5	8,3	0,5	> 0,05
Жорстке дихання	11	13,6	1,6	26	43,3	4,2	< 0,01
Поодинокі сухі хрипи	-	-	-	5	8,3	0,5	-
Шум тертя плеври	5	6,2	0,7	5	8,3	0,5	> 0,1

Примітка: А - напівширина довірчого інтервалу; Р - при порівнянні відносних значень показника у хворих І та ІІ групи.

Таблиця 3

Концентрація ЦІК та їх молекулярний склад у хворих на НП, сполучену зі СП, після завершення медичної реабілітації (М ± т)

Імунологічні показники		Норма	Групи хворих		P_2
			I (n = 81)	II (n = 60)	
ЦІК	(г/л)	1,88 ± 0,09	1,93 ± 0,12 P_1 > 0,05	2,28 ± 0,16 P_1 < 0,05	> 0,05
(>19S)	(%)	44,5 ± 2,3	41,97 ± 2,40 P_1 > 0,05	38,16 ± 2,20 P_1 > 0,05	> 0,05
	(г/л)	0,84 ± 0,04	0,81 ± 0,05 P_1 > 0,05	0,87 ± 0,08 P_1 > 0,05	> 0,05
(11S-19S)	(%)	30,5 ± 2,0	31,61 ± 1,90 P_1 > 0,05	33,33 ± 1,80 P_1 > 0,05	> 0,05
	(г/л)	0,57 ± 0,04	0,61 ± 0,06 P_1 > 0,05	0,76 ± 0,07 P_1 <0,05	> 0,05
(<11S)	(%)	25,0 ± 1,6	26,42 ± 1,70 P_1 > 0,05	28,51 ± 2,00 P_1 > 0,05	> 0,05
	(г/л)	0,47 ± 0,03	0,51 ± 0,04 P_1 > 0,05	0,65 ± 0,05 P_1 < 0,05	< 0,05

сполученої зі СП, мало місце у 43,3 % хворих II групи та лише у 13,6 % пацієнтів, які отримували бронхипрет, тобто в 3,2 рази частіше (P < 0,01). У клінічному плані застосування бронхипрету в комплексі МР хворих на НП, сполучену зі СП, сприяло зменшенню строків ліквідації залишкових явищ хвороби в I групі в середньому на 4,6 ± 0,6 діб у порівнянні з особами II групи, які отримували загальноприйняті засоби МР.

Концентрація ЦІК в СК пацієнтів I групи після завершення курсу МР достовірно не відрізнялась від аналогічного показника референтної норми. У II групі концентрація ЦІК в СК в цей період дослідження перевищувала відповідний показник норми в 1,2 рази (P < 0,05) (табл. 3).

Аналіз фракційного складу ЦІК свідчив, що відносний та абсолютний вміст великомолекулярних (>19S) ІК в СК у хворих I та II групи на момент завершення МР не відрізнявся від норми. При вивчені рівня середньомолекулярних (11S-19S) ІК було встановлено, що відносна кількість цієї фракції ІК в СК хворих I та II групи після завершення МР достовірно не відрізнялась від норми. Щодо абсолютного вмісту цієї фракції ІК, то кратність зменшення рівня середньомолекулярних (11S-19S) ІК в СК хворих I групи після завершення МР, становила в середньому 1,72 рази (P < 0,05), у II групі лише 1,33 рази (P = 0,05). Крім того, абсолютний вміст цієї фракції ІК в СК у хворих I групи на момент завершення МР достовірно не відрізнявся від норми. У II групі цей показник після завершення МР залишався вище норми в 1,33 рази (P < 0,05).

Відносний вміст дрібномолекулярних (<11S) ІК в СК хворих I та II групи після завершення МР достовірно не відрізнявся від норми. Кратність зменшення абсолютного вмісту дрібномолекулярних (<118) ІК в СК хворих I групи після завершення МР, у порівнянні з початковим рівнем, становила в середньому 1,69 рази (P < 0,05), у II групі - в 1,29 рази (P < 0,05). Крім того, абсолютний вміст цієї фракції ІК в СК у хворих I групи на момент завершення МР достовірно не відрізнявся від норми. У II групі цей показник після завершення МР залишався вище норми в 1,38 рази (P < 0,05). Кратність різниці абсолютного вмісту дрібномолекулярних ІК в СК між хворими I та II групи після завершення МР становила в середньому 1,27 рази (P < 0,05).

Висновки

Таким чином, застосування комбінованого фітозасобу бронхипрету з метою МР пацієнтів, які перехворіли на НП, сполучену зі СП, забезпечує чітко виражений позитивний вплив на динаміку клінічних показників в обстежених хворих та сприяє повній ліквідації бронхіту після перенесеної НП у 86,4 % випадків від загального числа пацієнтів з наявністю даного патологічного стану, а також зменшенню строків ліквідації залишкових явищ хвороби в середньому на 4,6 діб у порівнянні з особами, які отримували загальноприйняті засоби МР. При цьому відмічається ліквідація проявів СМІ та зменшення як концентрації ЦІК у СК, так і відновленні їх молекулярного складу, насамперед за рахунок зменшення рівня найбільш патогенних середньо- та дрібномолекулярних ІК.

Література

1. Жигунова А. К. Фитотерапия острого и хронического бронхита с применением препарата Бронхипрет: доказанная эффективность / А. К. Жигунова // Укр. мед. час. - 2012. - № 4 (90). - С. 69-78.

2. Засоби народної та нетрадиційної медицини в медичній реабілітації перехворілих на грипозну інфекцію (огляд літератури та дані особистих досліджень) / Князевич В. М., Гарник Т. П., Жданова М. П. [та ін.] // Укр. мед. альм. - 2010. - Т. 13, № 1. - С. 189-198.

3. Інструкція для медичногозастосування препарату Бронхипрет (Bronhipret) / Затверджена 25.07.08 р. Наказом МОЗ України № 406.

4. Математическая статистика в медицине: учеб. пособие / В. А. Медик, М. С. Токмачев. — М.: Финансы и статистика, 2007. — 800 с.

5. Минушкин О. Н. Неалкогольный стеатоз печени, диагностика, лечебные подходы / О. Н. Минушкин // Лечащий врач. — 2012. — № 2. — С. 45-49.

6. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації) // Наказ МОЗ Україні № 128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». — К.: Велес, 2007. — С. 105-146.

7. Разумний Р. В. Особливості клінічного перебігу негоспітальної пневмонії на тлі стеатозу печінки в умовах загальноприйнятої терапії / Р. В. Разумний // Укр. медичний альманах. — 2010. — Т. 13, № 3. — С. 167-174.

8. Разумний Р. В. Показники клітинної ланки імунітету у хворих на негоспітальну пневмонію, сполучену зі стеатозом печінки /Р. В. Разумний //Буков. мед. віс. — 2009. — Т. 13, № 3. — С. 77-82.

9. Разумний Р. В. Рівень циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярний склад у хворих на НП, сполучену зі СП в динаміці загальноприйнятого лікування /Р. В. Разумний //Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. — Київ; Луганськ; Харків, 2009. — Вип. 6 (93). — С. 178-189.

10. Стефанко С. Л. Сучасні погляди на етіологію, патогенез та діагностику стеатозу печінки / С. Л. Стефанко. — Галицький лікар. віс. — 2007. — № 2. — С. 106-109.

11. Фітотерапія: сучасні тенденції до використання в лікарській практиці та перспективи подальшого розвитку (огляд літератури та результати власних досліджень) /Гарник Т. П., Туманов В. А., Поканевич В. В. [та ін.] // Фітотерапія. Часопис. — 2012. — Ж 1. — С. 4-11.

12. Фітофармакологічна характеристика лікарських рослин, що входять до складу комбінованого фітопрепарату бронхипрету / Т. П. Гарник, В. М. Фролов, М. О. Пересадін, Т. В. Д'яченко //Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. — Київ; Луганськ, 2009. — Вип. 9 (96). — С. 289-296.

13. Фролов В. М., Пересадин Н. А., Бойченко П. К. Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных //Врач. дело. — 1990. — Ж 6. — С. 116-118.

14. Фролов В. М., Романюк Б. П., Петруня А. М. Иммунные и микрогемодинамические нарушения при патологии печени и их коррекция. — Луганск: Изд-во ЛГМУ, 1994. — Т. 1. — 194 с.

15. Фролов В. М., Рычнев В. Е., Пересадин Н. А. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение // Лаб. дело. — 1986. — Ж 3. — С. 159-161.

16. Ho E. D. Community-acquired pneumonia in adults and children / E. D. Ho //Prim. Care. — 2013. — Vol. 40 (3). — P. 655-669.

17. Review article: the diagnosis of non-alcoholic fatty liver disease — availability and accuracy of non-invasive methods // D. Festi, R. Schiumerini, L. Marzi [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2013. — Vol. 37 (4). — P. 392-400.

18. The management of pneumonia in internal medicine / Bouza E, Giannella M, Pinilla B [et al.] // Rev. Clin. Esp. — 2013. — Vol. 213 (6). — P. 298-305.

Надійшла до редакції 12.10.2013

УДК 616.232-002.2:616.36-003:615.322.61

Р. В. Разумний, Т. П. Гарник

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ БРОНХИПРЕТУ НА РІВЕНЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПОЛУЧЕНУ ЗІ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ В ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, стеатоз печінки, циркулюючі імунні комплекси, медична реабілітація, бронхипрет.

Вивчено ефективність комбінованого фітопрепарату бронхипрет в комплексі медичної реабілітації хворих на негоспітальну пневмонію (НП), сполучену зі стеатозом печінки (СП), і його вплив на рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦВК) сироватки крові. Встановлено, що застосування бронхипрету в комплексі медичної реабілітації хворих на НП, сполучену зі СП, сприяє ліквідації проявів синдрому метаболічної інтоксикації і зменшенню як концентрації ЦІК у сироватці крові, так і відновленню їх молекулярного складу, насамперед за рахунок зменшення рівня найбільш патогенних середньо-і дрібномолекулярних імунних комплексів.

Р. В. Разумный, Т. П. Гарник

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ФИТОПРЕПАРАТА БРОНХИПРЕТ НА УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И ИХ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СОСТАВ У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ В ПЕРИОДЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, стеатоз печени, циркулирующие иммунные комплексы, медицинская реабилитация, бронхипрет.

Изучена эффективность комбинированного фитопрепарата бронхипрета в комплексе медицинской реабилитации больных внегоспитальной пневмонией (ВП), сочетанной со стеатозом печени (СП), и его влияние на уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) сыворотки крови. Установлено, что применение бронхипрета в комплексе медицинской реабилитации больных ВП, сочетанной со СП, способствует ликвидации проявлений синдрома метаболической интоксикации и уменьшении как концентрации ЦИК в сыворотке крови, так и восстановлении их молекулярного состава, прежде всего за счет уменьшения уровня наиболее патогенных средне-и мелкомолекулярных иммунных комплексов.

R. V. Razumnyy, T. P. Garnyk

EFFICIENCY OF COMBINED PHYTOPREPARATION BRONHIPRET IN COMPLEX OF MEDICAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN COMBINATION WITH HEPATIC STEATOSIS AND ITS INFLUENCE ON THE LEVEL OF CIRCULATING IMMUNE COMPLEXES AND THEIR MOLECULAR COMPOSITION

Keywords: community-acquired pneumonia, hepatic steatosis, circulating immune complexes, medical rehabilitation, bronhipret.

Efficiency of combined phytopreparation bronhipret in complex of medical rehabilitation of the patients with community-acquired pneumonia (CAP) in combination with hepatic steatosis (HS) and its influence on circulating immune complexes (CIC) in the blood serum was studied. Established that the application of bronhipret in the complex medical rehabilitation of patients with CAP in combination with HS contributes to the elimination of metabolic syndrome of intoxication and decrease the concentrations of the CIC in the blood serum, and the restoration of their molecular composition, primarily by reducing the level of the most pathogenic of medium- and small-molecule immune complexes.